

THÈSE

82

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

XAVIER HOULLIER

Né le 20 Janvier 1904, à Guipry (Ille-et-Vilaine)

**Contribution à l'Etude de la Grossesse
Ectopique Péritonéale**

**Un cas de grossesse péritonéale ayant évolué
normalement jusqu'à 8 mois 1/2**

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

XAVIER HOULLIER

Né le 20 Janvier 1904, à Guipry (Ille-et-Vilaine)

**Contribution à l'Etude de la Grossesse
Ectopique Péritonéale**

**Un cas de grossesse péritonéale ayant évolué
normalement jusqu'à 8 mois 1/2**

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO. ROGER.
Physiologie	STROHL.
Physique médicale	DESGREZ.
Chimie médicale	LEMIERRE.
Bactériologie	BRUMPT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales....	CLERC.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	ROUSSY.
Anatomie pathologique	CHAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LœPER.
Thérapeutique	TANON.
Hygiène et Médecine préventive	BALTHAZARD.
Médecine légale	MÉNÉTRIÉR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	RATHERY.
Pathologie expérimentale et comparée....	MAURICE VILLARET
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CARNOT.
Clinique médicale	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	3ÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	{ GUENIOT.
	{ LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Obstétrique	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNE-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS ET CAMARADES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES, DE BREST,
DE FONTAINEBLEAU

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR CYRILLE JEANNIN

*Professeur de Clinique Obsétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Accoucheur à la Pitié*

*Pour l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de
notre thèse.*

INTRODUCTION

Il eut été peut-être plus indiqué de faire de ce travail une communication à une société savante qu'un sujet de thèse.

C'est qu'en effet, malgré nos recherches dans la littérature médicale, il nous a été impossible de retrouver une observation analogue et nous-même ne pouvons en présenter qu'un cas unique.

Aussi prions-nous de bien vouloir nous excuser de ne point faire de comparaisons avec des cas déjà connus ainsi que de la bibliographie très sommaire que nous produisons ici.

Nous étudions une grossesse ectopique péritonéale, dont l'étiologie tout à fait exceptionnelle a surtout retenu notre attention et c'est de sa discussion qu'est fait le chapitre principal de notre thèse.

Dans un autre chapitre, nous émettons quelques remarques suggérées par certaines particularités de l'observation clinique que nous publions.

Nos conclusions sont celles qui découlent directement de ces deux chapitres.

Nous avons omis systématiquement toutes les généralités concernant les classifications, le dia-

gnostic, les complications et le traitement des grossesses péritonéales, généralités que l'on trouve traitées en détail dans tous les ouvrages classiques et dans un grand nombre de thèses antérieures à la nôtre, en particulier celles de : Vallois, de Traverson, de Carosin, dans des articles parus dans les revues les plus diverses.

A notre observation, nous ajouterons deux documents photographiques. Le premier représente les pièces opératoires, le second, une micro photographie d'une coupe histologique. Nous regrettons de n'avoir pu multiplier ces coupes, et en particulier de n'en avoir pas fait faire au niveau des trompes et des ovaires, ce qui nous aurait permis d'affirmer plus péremptoirement l'intégrité de ces organes.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier de son assistance et de ses conseils, M. le docteur Philardeau, chirurgien de l'hôpital de Fontainebleau, qui a bien voulu nous inspirer ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère gratitude.

CHAPITRE I

OBSERVATION

Grossesse ectopique péritonéale primitive survenue chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne corporéale. Brèche utérine persistant depuis la première opération. Fœtus ayant vécu jusqu'à 8 mois 1/2. Laparotomie à la fin du neuvième mois. Hystérectomie sub-totale. Guérison.

Mlle C..., femme de chambre, 23 ans, est de taille petite (1 m. 40). Elle a toujours été bien portante. Un bassin étroit, mais symétrique, un promontoire saillant s'opposent chez elle à tout accouchement normal.

Elle a été enceinte une première fois à l'âge de vingt ans. Tout a été normal jusqu'au terme. Au huitième mois, elle entre au dispensaire Michelet, rue de Tolbiac. Elle y reste un mois environ, jusqu'à l'apparition des premières douleurs. Le 11 décembre 1924, vers le soir, on la transporte à la Maternité.

La dilatation du col se fait mal, il n'y a pas d'engagement, la poche des eaux restant intacte. La

parturiente est accouchée par Césarienne le 12 décembre 1924, à 4 heures du matin. Une petite fille encore bien portante à l'heure actuelle, est mise au monde.

Nous avons pu nous procurer quelques renseignements sur cette opération. Il y a eu une Césarienne corporéale et la paroi utérine a été suturée au catgut. Les suites opératoires ont été normales: le séjour à l'hôpital n'a été que de 22 jours.

La mère a allaité son enfant jusqu'au huitième mois, le retour de couches s'est effectué le quatrième, et depuis, les règles ont été normales, durant quatre jours chaque fois sans malaise appréciable.

Sur ces entrefaites, une deuxième grossesse survient en 1925. Les dernières règles ont lieu du 20 au 25 juillet 1925. L'accouchement est prévu pour le début de mai 1926. On a bien spécifié à l'intéressée, lors de sa sortie de la maternité, qu'elle devait se soumettre aux soins d'un chirurgien, si une seconde grossesse survenait. Fidèle à cette recommandation, elle vient consulter à l'hôpital de Fontainebleau en février 1926, enceinte de six mois. Elle est examinée rapidement.

Le toucher bimanuel montre un col utérin petit et résistant. Le fœtus est facilement perceptible. L'œuf ne paraît pas dissocié du corps utérin. On pense que le muscle utérin est mince et la paroi utérine peu épaisse.

L'éventualité d'une grossesse ectopique n'est pas envisagée.

On fait à la femme les recommandations habituelles et il est entendu qu'elle se présentera à la maternité de l'hôpital de Fontainebleau vers le 15 avril 1926. L'âge de la grossesse sera à ce moment de 8 mois 1/2.

Une seconde opération césarienne sera, en principe, pratiquée, dès l'apparition du travail.

Or, le 16 avril 1926, l'intéressée entre à la maternité disant avoir des douleurs, mais celles-ci n'ont vraiment aucun rapport avec des douleurs d'accouchement. Il s'agit de névralgies siégeant à la base droite du thorax. C'est plutôt un point de côté avec exacerbations passagères. On perçoit d'ailleurs, de gros frottements pleuraux à ce niveau, et la température est de 38°3 le 17 au soir.

A part cette douleur thoracique, plusieurs phénomènes anormaux attirent notre attention.

La mère dit ne plus sentir son enfant remuer depuis quelques jours. L'auscultation soigneuse au stéthoscope vient confirmer les craintes de la mère: il est impossible de percevoir les bruits du cœur fœtal, on n'entend même pas le souffle utérin.

Le fœtus est très mobile, on le palpe facilement, à travers la paroi abdominale.

Le palper bimanuel montre un col petit et dur ne permettant pas le toucher intra-utérin. Le diagnostic de grossesse péritonéale vient immédiatement à l'esprit, mais on ne peut le préciser de façon ferme, car on n'arrive pas à dissocier l'utérus de la masse fœtale.

On retient la notion d'un cas exceptionnel, à opérer par laparotomie le plus tôt possible, aussitôt que la température et l'état général de la malade le permettront.

Le 1^{er} mai 1926 au matin, la température étant de 37° et la pleurésie ayant rétrocedé, la malade est opérée.

Opérateur : Docteur Philardeau.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Dès la paroi incisée, on se rend compte qu'on est en présence d'un cas exceptionnel. On ne voit pas de paroi utérine, les membranes translucides laissent apercevoir un fœtus mobile au milieu des anses intestinales. Les parois de l'œuf ne sont pas rompues, mais sont adhérentes en de nombreux endroits avec les anses grêles.

Après avoir protégé la cavité abdominale du mieux possible, les membranes sont rompues et le fœtus commençant à macérer est extrait.

La difficulté commence lorsqu'il s'agit d'extirper les membranes ovulaires.

Le placenta est en effet inséré, moitié sur le grand épiploon, moitié sur des anses grêles agglutinées sous l'hémicoupole diaphragmatique droite.

La partie initiale du côlon transverse est comprise dans cet enchevêtrement, et la libération du délivre est assez pénible, mais ne donne lieu qu'à un suintement sanguin peu important. La résection d'une grande partie de l'épiploon facilite les choses.



L'œuf a été enlevé sans qu'on voie l'utérus qui ne lui était pas adhérent. Pour le trouver, il faut le chercher tout à fait au fond du petit bassin.

Il présente sur sa face antérieure un orifice cicatriciel ovalaire qui date certainement de la première opération. Cela nous décide à terminer par une hystérectomie sub-totale, qui, d'ailleurs, est faite rapidement et sans difficulté.

A la fin de l'hystérectomie, l'hémorragie peu importante occasionnée par la libération du placenta s'étant arrêtée, il est possible de refermer sans drainage.

Par prudence, on commence une vaccination au propidon dès le jour de l'intervention (trois injections sont ainsi faites à 48 heures d'intervalle, à des doses croissantes : 1 cmc., 2 cmc., 3 cmc.) et dès le lendemain, on fait absorber 500 gr. de goutte à goutte rectal pendant trois jours.

Les suites opératoires sont satisfaisantes, les fils sont enlevés le huitième jour et la malade sort guérie de l'hôpital le vingt-huitième jour.

Elle est revue en octobre 1926. Elle se porte bien et n'a présenté aucun trouble ressortissant au tassement des anses intestinales sous le diaphragme.

Une radiographie du gros intestin montre que celui-ci est en bonne position.

Trois ans après, nous avons de nouveau des nouvelles de la malade. Elle se porte très bien et ne présente aucun trouble digestif. Les troubles génitaux sont peu marqués.

A) *Examen macoscopique des pièces*

Le fœtus pèse 3 kilogs. Il est légèrement macéré; les ongles sont normaux. Il est bien constitué. Il a vraisemblablement cessé de vivre à 8 mois 1/2, comme le faisait prévoir l'observation clinique.

Le placenta pèse 450 gr. Il est inséré sur l'épiphloon qui adhère sérieusement à la face cruentée. Un fragment est prélevé pour l'examen histologique.

L'utérus un peu plus gros qu'un utérus normal, a une cavité d'une profondeur de 8 cm.

A sa face antérieure, on voit un orifice grand comme une pièce de 5 francs environ, allongé dans le sens sagittal. Cet orifice paraît nettement cicatriciel et ancien.

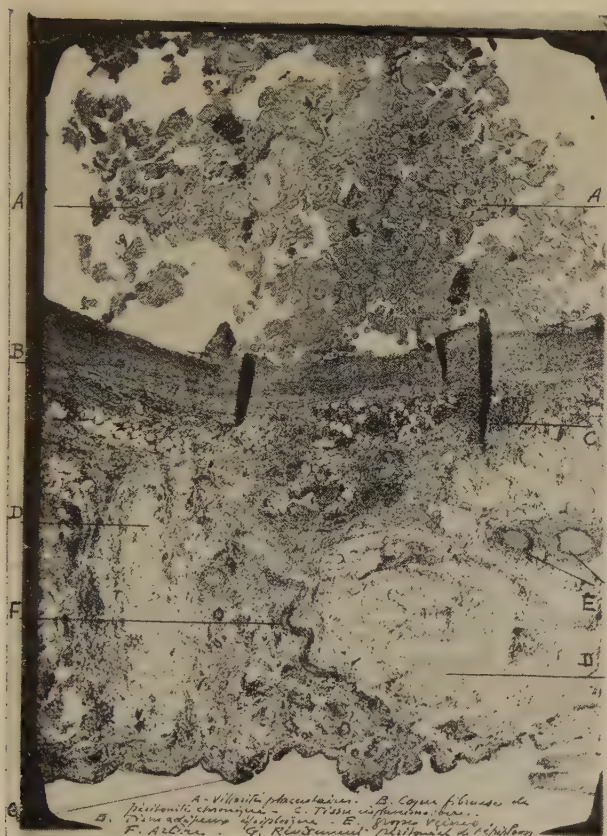
Un fragment de la paroi interne est prélevé pour examen histologique.

Les trompes paraissent normales. Elles sont parfaitement perméables. Une série de coupes macroscopiques pratiquées à leur niveau ne permet de ne déceler absolument rien d'anormal.

Les deux ovaires normaux n'offrent rien de particulier à signaler.

B) *Examen microscopique des pièces*

Les examens histologiques ont été pratiqués par M. le Docteur P.-L. Marie ils ont donné les renseignements suivants :



A - Villi placentali. B - Corio frons. C - Placenta. D - Placenta. E - Placenta. F - Placenta. G - Placenta.

1° Coupe au niveau d'une insertion placentaire sur l'épiploon.

La coupe présente successivement une lame constituée par du tissu fibreux dense, recouvert d'épithélium aplati (amnios) puis, séparée par places de la précédente par quelques lacunes, une bande de stroma conjonctif doublé à sa face profonde d'un tissu d'aspect muqueux, sur lequel on voit l'épithélium chorial (chorion).

Plus profondément, s'étend une large zone de villosités choriales qui repose elle-même sur un tissu conjonctif formant d'abord une couche dense, puis une épaisse zone de tissu réticulé riche en vaisseaux très développés et présentant en des places où le tissu conjonctif se densifie, des amas cellulaires d'aspect inflammatoire.

Aucune trace de caduque.

Ce tissu réticulé est lui-même limité tout à fait en dehors par une mince bande de tissu conjonctif serré d'aspect fibreux.

2° Une coupe de tissu utérin n'a montré qu'un organe normal sans trace de caduque.

CHAPITRE II

Le cas dont nous venons de rapporter l'observation soulève un problème assez délicat à résoudre : celui de son étiologie. S'agit-il tout simplement d'une grossesse péritonéale coïncidant avec un *utérus* porteur d'une perforation, coïncidence tout au moins curieuse, ou ne s'agirait-il pas plutôt d'une grossesse péritonéale ayant pour étiologie la migration de l'œuf dans la cavité abdominale par cette fistule utérine ?

Nous ne cachons pas qu'il est impossible d'affirmer catégoriquement telle étiologie plutôt que telle autre. Mais en étudiant bien les faits, il nous semble cependant que la seconde hypothèse est beaucoup plus défendable.

Envisageons donc successivement les différentes circonstances susceptibles de permettre à un ovule fécondé de pénétrer dans la cavité péritonéale et de s'y greffer.

Les grossesses péritonéales peuvent être soit secondaires, soit primitives. Les grossesses secondaires peuvent connaître deux origines : une origine tubaire, et une origine ovarienne. Nous envisagerons successivement ces deux hypothèses.

L'œuf implanté dans la trompe peut pénétrer dans la cavité abdominale de deux façons différentes : soit par rupture tubaire, soit par avortement tuboabdominal.

A priori, il n'y a pas eu de rupture tubaire. En effet, la rupture tubaire s'accompagne le plus fréquemment de symptômes cliniques très accentués qui en permettent facilement ou même en imposent le diagnostic : douleur violente abdominale, symptôme d'hémorragie intrapéritonéale s'accompagnant souvent de pertes sanguines. Même dans le cas où ces symptômes cataclysmiques font défaut, il reste habituellement un témoin de cette rupture tubaire : c'est l'hématocèle retro utérine qui parfois n'est diagnostiquée qu'assez longtemps après la rupture.

Or, dans le passé génital de la femme dont nous publions l'histoire, nous n'avons retrouvé aucune trace ni de douleur, si minime soit-elle, ni de perte sanguine; durant tout le temps de sa grossesse, jusqu'à son entrée à la Maternité de Fontainebleau, la malade s'est toujours très bien portée. Aucune trace non plus d'hématocèle rétro-utérine.

Enfin, les trompes examinées avec soin, ne présentent nulle part de cicatrice qui puisse faire songer à une rupture tubaire ancienne. Pour plus de certitude, nous avons pratiqué à leur niveau une série de coupes macroscopiques aussi rapprochées que possible les unes des autres. Et nous n'avons relevé aucune lésion des trompes macroscopiquement décelable. Nous disons macroscopiquement, car nous n'avons pas fait faire d'examen microscopique des pièces. Cet examen eut d'ailleurs été difficile à faire, car n'ayant remarqué aucune zone

suspecte, il eût fallu pratiquer des coupes microscopiques à tous les niveaux des deux trompes, sous peine de courir le risque d'un examen incomplet.

Cependant, vu l'absence de tout signe clinique de rupture et de toute lésion macroscopique des trompes, il nous semble possible d'affirmer qu'il n'y a pas eu de rupture tubaire.

Maintenant que nous avons éliminé la rupture tubaire, il nous reste à discuter la possibilité d'un avortement tuboabdominal.

Cette éventualité n'est d'ailleurs possible qu'avant la cinquième ou sixième semaine, date à laquelle l'ostium abdominale s'oblitére, et elle s'accompagne presque toujours d'hématocèle. Or, nous avons déjà dit en envisageant la possibilité d'une rupture tubaire que nous n'avions pas trouvé trace d'hématocèle. Il est vrai que dans certains cas cet hématocèle peut se résorber complètement; notre argumentation n'a donc pas de valeur absolue. Cependant, cette absence d'hématocèle jointe au manque des signes cliniques qui accompagne d'habitude l'avortement tubaire, en particulier la douleur et les hémorragies, permettent de mettre en doute la possibilité de cette hypothèse.

Enfin, un signe de grosse valeur permettra de l'éliminer complètement : l'intégrité absolue des trompes, fait qui à lui seul autorise à nier l'évidence d'une grossesse tubaire.

Nous nous trouvons donc en présence d'une grossesse péritonéale qui n'est consécutive ni à une

rupture tubaire, ni à un avortement tubo péritonéal.

L'étiologie en serait-elle une grossesse ovarienne? Puisqu'il n'y a eu ni douleur, ni hémorragie, et que, d'autre part, comme le relate l'observation, les ovaires ne portent aucune trace de lésion cicatricielle anormale, il ne peut être question d'une grossesse ovarienne interne qui se serait rompue et aurait libéré l'œuf, lui permettant ainsi de se greffer sur le péritoine.

Il ne pourrait donc s'agir que d'une grossesse ovarienne externe, une saillie de l'œuf par l'ouverture du follicule de Degraaf et son développement dans l'abdomen. Mais dans ce cas le placenta aurait contracté avec l'ovaire en cause des adhérences intimes, puisque c'est en partie sur lui qu'il se serait développé. Or, une des particularités de l'observation, c'est justement l'absence de point de contact entre l'œuf et les annexes, celles-ci se trouvant dans le fond du petit bassin, tandis que le premier occupait l'hypocondre et le flanc droit.

Il ne nous reste donc plus à envisager que deux possibilités : celle d'une grossesse péritonéale primitive à mécanisme normal, c'est-à-dire le cas où l'œuf fécondé dans la trompe ou dans le pavillon se fixe aussitôt sur le péritoine, sans avoir jamais pénétré dans la cavité utérine; ou adopter l'explication suivante : l'œuf a été fécondé dans la trompe, puis a émigré dans la cavité utérine, d'où il est

ressorti par la fistule utérine pour aller se greffer sur le péritoine.

Nous n'avons évidemment aucune preuve décisive permettant d'affirmer de façon catégorique la seconde hypothèse. Mais, cependant, quelle étrange série de coïncidences il eût fallu pour qu'une éventualité aussi rare qu'une grossesse péritonéale primitive se produisît justement chez cette femme qui présentait une perte de substance utérine suffisant largement à expliquer le passage de l'œuf dans la cavité abdominale. Aussi adopterons-nous cette dernière explication comme nous paraissant la plus logique et la plus naturelle.

Avant d'étudier les circonstances particulières qui ont contribué à la difficulté du diagnostic, nous tenons à répondre ici à une objection faite à propos de notre explication qui considère la fistule utérine comme la voie légitime de passage de l'œuf dans l'abdomen.

Pourquoi, si l'œuf a pénétré, comme l'exige cette explication, dans la cavité utérine, ne s'est-il pas fixé de suite sur la muqueuse utérine pour laquelle il a une affinité toute particulière ? Pourquoi ? Nous ne saurions l'expliquer. Mais il est bien certain que l'œuf n'est pas toujours attiré par la muqueuse utérine immédiatement après son apparition hors de l'ostium utérinum ; car s'il en était ainsi, comment expliquerait-on les placenta prævia qui supposent la migration de l'ovule jusqu'au niveau de l'orifice interne du col.

D'autre part, l'orifice en question se trouve justement situé à l'endroit où le plus souvent se fixe l'ovule fécondé. C'est en effet au voisinage du fond de la matrice, le plus souvent sur une des faces, que l'on trouve les insertions placentaires les plus fréquentes.

Il nous semble donc parfaitement explicable que l'œuf ait pu arriver jusqu'au niveau de la fistule utérine sans avoir été accroché en chemin par la muqueuse.

CHAPITRE III

Nous avons été surpris, lors de l'intervention, de découvrir sur la face antérieure de l'utérus, cet orifice dont la présence explique selon nous la migration de l'œuf dans la cavité abdominale. Son aspect cicatriciel plaidait en faveur de sa formation ancienne.

Il est en effet fort probable que la désunion utérine remonte aux premiers jours qui ont suivi la césarienne corporéale subie par cette femme deux ans avant sa nouvelle grossesse. De temps en temps, dans les interventions de ce genre, la suture utérine, surtout faite en un seul plan, se montre insuffisante. C'est que, durant le temps de l'involution, la suture utérine, dans le cas de césarienne corporéale est soumise à une mobilisation tellement brutale qu'aucune autre opération chirurgicale ne peut à ce point de vue lui être comparée. Les catguts, même noués d'aplomb avec plusieurs nœuds peuvent céder. En plus des nombreux cas de désunion que nous retrouvons dans la littérature médicale, nous pouvons citer une observation probante qui nous a été communiquée par M. le Dr Philardeau. Et cette observation offre une particularité intéressante : la désunion utérine s'est faite pour ainsi dire sous les yeux de l'opérateur.

La voici, telle qu'elle nous a été communiquée :

M^{me} P. G., 42 ans. Bassin rétréci.

Est amenée en travail à la Maternité de Fontainebleau, le 19 mars 1925. La poche des eaux est rompue depuis dix-huit heures.

On fait une césarienne corporéale avec suture au catgut en deux plans, et par crainte d'infection, on met cette suture en surveillance dans la plaie abdominale laissée ouverte.

Or, le deuxième jour, on constate que, malgré le soin apporté aux nœuds, deux catguts ont lâché. On peut d'ailleurs faire une suture secondaire, et la femme quitte l'hôpital le 19 avril 1925 complètement guérie.

On voit donc qu'il est assez facile d'expliquer la formation de cette désunion utérine dans l'observation qui nous intéresse.

Mais ce qui paraît plus extraordinaire, c'est l'absence de réaction péritonéale lors de l'apparition de cette fistule. Car lors de la césarienne, les suites opératoires ont été absolument normales : pas de douleur abdominale, seulement une légère élévation de température ayant pour origine un peu de congestion pulmonaire au niveau des bases. Et cependant une solution de continuité aussi importante que celles que présentait la pièce opératoire aurait dû vraisemblablement déterminer sinon une péritonite, tout au moins une réaction péritonéale.

Un concours heureux de circonstances peut expliquer ce phénomène. Il est possible, en effet, que l'utérus ait été complètement stérile, puisque la

césarienne a été pratiquée avant la rupture de la poche des eaux et que, d'autre part, la désunion ait pu se produire relativement tard, alors que le col déjà refermé offrait une barrière à une infection venant du vagin.

Ou bien, s'est-il trouvé à l'endroit même où s'est produite cette désunion, une frange épiploïque heureusement placée qui a immédiatement isolé la cavité utérine de l'abdomen. Ici toutes les hypothèses sont permises. Mais il n'en reste pas moins un fait certain : il s'est produit au niveau de la face antérieure de l'utérus, une fistule faisant communiquer largement la cavité utérine avec l'abdomen, et cela sans aucune réaction péritonéale.

S'il est difficile d'expliquer que la brèche utérine se soit produite sans s'accompagner d'aucun trouble péritonéal, il est aussi curieux d'apprendre que jamais la malade n'a présenté la moindre douleur au moment des règles. Et cependant, au moment des époques menstruelles, la fistule a dû laisser passer une certaine quantité de sang dans l'abdomen. Or, dans les commémoratifs, on note des règles indolores, sans aucun malaise. Faut-il admettre l'hypothèse qu'une frange épiploïque obstruait l'orifice de la fistule, mettant ainsi l'abdomen à l'abri de la pénétration sanguine? L'explication est plausible, mais nous devons avouer que nous n'avons pas vu de frange épiploïque semblable au moment de l'intervention. La cavité utérine communiquait très librement avec l'abdomen comme en témoigne la

photographie. D'autre part, cette frange épilploïque hypothétique aurait empêché l'œuf de venir se greffer sur le péritoine à moins qu'on ne suppose une fixation préalable de l'œuf sur cette frange, puis un décollement secondaire de celle-ci.

Nous croyons plus simple d'admettre qu'au moment des règles, il devait passer une petite quantité de sang dans l'abdomen, ce qui n'entraînait pas obligatoirement une réaction péritonéale. En effet, le péritoine tolère parfois la présence d'une petite quantité de sang sans réagir. Et il arrive de temps en temps, lorsqu'on pratique une laparotomie chez une femme à une époque coïncidant avec celle de ses règles, de trouver dans le petit bassin, des quantités de sang relativement importantes, sans trouble péritonéal.

Notre observation présente encore quelques particularités qu'il nous paraît bon de relever.

Lors de l'examen fait au sixième mois de la grossesse, on n'avait pas remarqué de fixité anormale du kyste fœtal. Il en fut de même quand la malade a été examinée de nouveau lors de sa rentrée à la Maternité de Fontainebleau. Il est intéressant de signaler ce fait, car la fixité anormale du kyste fœtal est donnée en général comme un signe en faveur des grossesses péritonéales. Ce signe a donc fait complètement défaut.

Il en a été de même du syndrome utérin qui accompagne généralement ces sortes de grossesses: les pertes sanguines, les douleurs abdominales ont

manqué totalement. Il n'y a pas eu non plus de signes de compression, ce qui pourtant eût été assez logique, étant donné l'insertion placentaire au niveau de la région hépatique et l'englobement du colon transverse. Or, jamais durant le cours de sa grossesse, la malade n'a présenté d'œdème, d'ictère ou de troubles digestifs qui eussent pu orienter le diagnostic vers une grossesse péritonéale.

Un autre signe très important a manqué lui aussi : c'est l'expulsion d'une caduque au moment du faux travail. Peut-être cette expulsion a-t-elle eu lieu et a-t-elle passé inaperçue ? C'est possible, mais cependant la femme est très affirmative sur l'absence absolue de pertes. On peut aussi admettre qu'au moment de l'intervention, la caduque n'était pas encore expulsée, et que, si on ne l'a pas trouvée dans la coupe utérine examinée au microscope, c'est que cette membrane est d'une fragilité toute particulière et que la fixation des pièces anatomiques n'était pas parfaite.

Lors de l'intervention, on n'a pas trouvé d'hypertrophie utérine, bien que celle-ci soit notée comme un phénomène constant accompagnant les grossesses extra-utérines. Il est possible que celui-ci se soit hypertrophié, mais comme l'opération a été pratiquée un certain temps après la mort du fœtus, l'utérus a eu le temps de parfaitement regresser.

Il est plus difficile d'expliquer la rigidité anormale qu'a toujours présenté le col utérin que les auteurs signalent comme généralement ramolli

dans les cas de grossesses ectopiques. Aussi nous contenterons-nous de signaler ce fait comme anormal.

Notre malade a donc présenté un minimum de symptômes permettant d'établir le diagnostic de grossesse péritonéale. Le cas est d'ailleurs fréquent, aussi le diagnostic de grossesse péritonéale est-il souvent précisé par une laparotomie. Ou bien les symptômes manquent, ou bien ils sont mal interprétés, ou bien le chirurgien hésite à porter un diagnostic d'exception.

Il existe cependant un signe indiscutable permettant de porter à coup sûr le diagnostic de grossesse extra-utérine : il faut par le palper et le toucher combinés, différencier l'utérus de la tumeur. Cet examen est parfois délicat et nous ne saurions trop recommander d'endormir la femme pour le pratiquer plus facilement. Dans notre cas personnel, nous regrettons de ne pas avoir fait cet examen sous anesthésie.

Nous soulignons en passant la facilité relative avec laquelle l'extirpation du placenta a pu être pratiquée et l'absence d'hémorragie qui a suivi cette libération. Le suintement sanguin né surtout du décollement placentaire au niveau du colon transverse s'est tari très rapidement, à tel point que nous avons pu refermer l'abdomen sans laisser de drainage. Cette bénignité de l'hémorragie doit être vraisemblablement attribuée à ce que nous ne sommes intervenus qu'une quinzaine de jours environ

après la mort du fœtus. Ce délai peut paraître un peu court; des résultats semblables ont été signalés, mais il s'agissait toujours de délais beaucoup plus longs. C'est ainsi que le Professeur J.-L. Faure et Professeur Bar préconisent d'attendre 4 à 6 semaines, Werth, Maygrier, Pinard, Tarnier et Budin trois à quatre mois.

Cependant, dans l'observation publiée par Maurice Paradis, on note également la bénignité de l'hémorragie secondaire à la libération placentaire, bien que la mort du fœtus ne remontait qu'à une quinzaine de jours.

Il faut donc admettre que quinze jours après la mort du fœtus, les vaisseaux placentaires sont déjà assez obstrués pour permettre l'extirpation du placenta sans trop craindre les énormes hémorragies en nappe si redoutables dans ces interventions. Cependant, il ne faudrait pas conclure à l'innocuité absolue de l'intervention pratiquée dans de semblables conditions, car Kirkley cite une hémorragie foudroyante au cours de l'ablation du placenta trois mois après la mort du fœtus.

CONCLUSIONS

I

Voici résumée l'observation faisant le sujet de cette thèse et qui nous a paru devoir retenir l'attention.

M^{lle} C. ayant subi en 1924 une opération césarienne corporéale vient consulter à la Maternité de l'Hôpital de Fontainebleau en février 1926. Elle est de nouveau enceinte de six mois environ. L'enfant est vivant. L'idée de grossesse ectopique ne vient pas à l'esprit, on prie la malade de revenir à huit mois et demi.

La femme entre à l'Hôpital à l'époque prescrite. Elle ne sent plus remuer son enfant depuis quelques jours et présente un syndrome douloureux vague et une réaction pleurale avec fièvre.

A l'examen, on note :

- a) Un kyste fœtal mobile;
- b) Une extrême perceptibilité du fœtus à la palpation de la paroi abdominale sans qu'on puisse déceler les bruits du cœur;
- c) Un enfant très mobile, sans engagement;
- d) Le col utérin est petit et dur.

Le diagnostic de grossesse péritonéale est envisagé, mais il n'est pas posé de façon ferme. D'ailleurs le Docteur Philardeau, qui a pris la responsabilité de l'accouchement, décide d'intervenir par voie abdominale, dès que la réaction pleurale sera calmée.

La laparotomie est pratiquée le 12 mai 1926, à la fin du neuvième mois.

La paroi étant incisée, on rompt un kyste foetal sans apercevoir l'utérus. Le fœtus paraissant âgé de 8 mois 1/2 légèrement macéré est enlevé rapidement.

On libère sans trop grande difficulté le placenta de ses adhérences intestinales et épiploïques. Le kyste foetal n'a aucune adhérence avec l'utérus et ses annexes qu'il faut chercher au fond du petit bassin.

L'utérus à peine augmenté de volume présente sur sa face antérieure une perte de substance de la dimension d'une pièce de 5 francs, ce qui détermine une hystérectomie sub-totale.

La paroi est refermée sans drainage.

La guérison se fait sans incident.

II

De l'observation qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il nous semble possible que dans un utérus présentant une solution de continuité, l'œuf fécondé dans les trompes puisse poursuivre sa migration hors de la cavité utérine et se greffer directement sur un organe abdominal où, dans certains cas favorables, il peut évoluer jusqu'au terme.

2° Il nous semble possible que la solution de continuité utérine secondaire à une césarienne corporelle puisse être dans des cas exceptionnels parfait-

tement tolérée par la malade. Ces conditions semblent être :

a) La désunion relativement tardive—d'un utérus suffisamment involué pour que l'orifice cervical ait eu le temps de se refermer;

b) Une asepsie parfaite de l'utérus sur lequel est pratiquée l'intervention.

3° L'absence d'hémorragies et d'élimination de la caduque au moment du faux travail peut s'observer dans les grossesses péritonéales, et seule la notion d'un kyste foetal juxtaposé à la tumeur utérine peut permettre de faire le diagnostic.

4° La suture au catgut des plaies de césariennes corporeales est, du fait des contractions violentes du post-partum, sujette à la désunion.

5° Cette observation milite avec beaucoup d'autres pour l'abandon des sections corporeales en faveur des césariennes supra-symphysaires.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu : le Président,

JEANNIN.

Vu et permis d'Imprimer,

le Recteur de l'Académie de Paris,

CHALÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CAROSIN. — Considération sur la grossesse extra-utérine après le 5^e mois. Th. Montpellier, 1916.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Th. Paris, 1901.
- CHIRIÉ. — Rupture spontanée de l'utérus. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gyn. de Paris, n° 6, 1921.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- DELCAMP. — Contribution à l'étude de la grossesse ectopique avec enfant vivant. Pronostic maternel et fœtal après le cinquième mois. Conduite à tenir. Th. Paris, 1917-1918.
- ECALLE. — Perte de substance dans la paroi utérine reconnue au cours d'une césarienne. Bullet. de la Soc. d'Ost. et de Gyn. de Paris, n° 9, 1922.
- KIRKLEY. — Amer. journ. of obst., février 1885.
- LACOUTURE et PERRY. — Grossesse abdominale à terme avec enfant mort depuis un mois. Bullet. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, n° 8, 1921.
- MAYGRIER. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Th. agrég., Paris, 1885-1886.
- PARADIS. — Contribution à l'étude des grossesses péritonéales. Thèse, Paris 1922.
- PINARD. — Documents pour servir à l'histoire la grossesse extra-utérine. Ann. de Gyn., 1889.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RECH. — Placenta proevia et rupture utérine. Soc. Gynécologie et Obstétrique. Tome IV.
- TRAVERSON MARIE. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine aux environ du terme avec enfant vivant.

